

평가 회의 요약 Assessment Meeting Wrap-up

수혜자 정보

수혜자 이름

요약

해당되는 아래 네모 칸에 체크하십시오. 본 계획(서)은 수혜자 및 법적 대리인이 아래 각 항목에 체크하고 서명할 때까지 최종 승인 자료로 간주하지 않습니다. '아니오'에 체크한 경우, 사례 매니저는 귀하의 문제를 해결하기 위해 지속적으로 노력할 것입니다.

예 아니오 N/A

- 본인이 질문한 면제 서비스에 관해 논의했습니다.
- 응급 계획의 중요성에 관해 논의했습니다.
- 평가받은 본인의 필요를 충족할 수 있는 면제 서비스에 관해 논의했습니다.
- 이 평가와 관련하여 본인이 말한 염려사항과 문제를 다루었거나 처리 중입니다.
- 본인의 사례 매니저가 본인의 서비스 제공자를 선택 또는 변경할 수 있다고 했습니다.
- 본인의 계획서에 확정된 대로 서비스를 받지 못할 경우 본인이 수행할 수 있는 일에 관해 본인의 사례 매니저가 설명해 주었습니다.
- 본인의 계획서를 검토하기 위한 요청을 언제든 할 수 있음을 알고 있습니다.
- 본인의 사례 매니저가 계획된 조치 통지서(Action Notice, PAN)에 관해 그리고 본인의 서비스에 관한 DDD의 결정에 어떻게 항소할 수 있는지 설명해 주었습니다.
- 본인의 사례 매니저가 DDD 서비스 항소와 무관한 이의사항을 어떻게 제기할 수 있는지 설명해 주었습니다.
- 본인은 1-866-363-4276(1-866 - End Harm)에 학대 또는 방임문제를 신고할 수 있음을 알고 있습니다.

올해 연례 신체검사 또는 치과검진을 받기를 거절한 경우만 아래를 작성하십시오.

- 연례 신체검사의 중요성을 본인에게 설명해 주었지만 본인이 이를 거절했습니다.
- 연례 치과검진의 중요성을 본인에게 설명해 주었지만 본인이 이를 거절했습니다.

수혜자 서명

날짜

법적 대리인의 서명(평가지 참석했을 경우)

날짜

평가 당시 법적 대리인이 참석하지 않았다면 법적 대리인에게 서명한 평가 회의 요약서를 보내 검토하게 할 필요가 있습니다. 이 경우 회의 요약서 상의 수혜자의 서명은 수용됩니다.